Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk
Agencia de Cuidado Infantil de FCSA

Formulario de verificación de escuela/entrenamiento vocacional

(Debe ser completado por una autoridad educativa si el motivo por el cual necesita cuidado infantil es asistir a capacitación escolar/profesional)

Nombre del caso: _____ Caso N°: _____

Nombre del estudiante: _____

N° de Seguro Social del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____teléfono: _____

Tipo de Programa/Carrera: _____

Fecha de inicio del semestre: _____ Fecha de finalización: _____

Días de asistencia: _____ Horario de asistencia: _____

Cursos:_____

_____

¿El desempeño del estudiante es satisfactorio (por ejemplo, asistencia satisfactoria, obtiene buenas notas, avanza hacia la finalización)?

Sí ____ No ____ Si la respuesta es negativa, explique: _____

Fecha de finalización prevista (graduación): _____

Tipo de título:
- _____ Diploma de secundaria
- _____ Educación general (GED)/Inglés como segundo idioma (ESL)
- _____ Certificado
- _____ Tecnicatura
- _____ Licenciatura
- _____ Otro, especificar: _____

Adjunte una copia del horario de clases del estudiante, incluyendo los días y los horarios en los que cursa y envíe de vuelta este formulario a:

Suffolk County Department of Social Services
FCSA Child Care Unit
P.O. Box 18100
Hauppauge, NY 11788-8900

O, puede enviarlo por fax al número: (631) 854-3331